FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE
ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

N° 23

Contribution à l'Etude de l'Accouchement Médical

Etude de l'Association LARGACTIL - PHENERGAN - au DOLOSAL

en cours de travail

Travail de la Clinique Obstétricale de la Faculté

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale et de Pharmacie de Marseille le 30 Mars 1955

par

Gilbert BARTOLINI

Né le 6 Février 1928 à Nice

ancien Externe des Hôpitaux

pour obtenir le grade de DOCTEUR en MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

MM. Jean CHOSSON, Président
Pierre MOIROUD
Henri SERMENT } Juges
Paul BOURRET

IMP. RÉGIONALE - SALON

[1955]

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE
ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

N°

Contribution à l'Etude de l'Accouchement Médical

Etude de l'Association LARGACTIL - PHENERGAN - au DOLOSAL

en cours de travail

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale et de Pharmacie de Marseille
le 30 Mars 1955

par

Gilbert BARTOLINI

Né le 6 Février 1928 à Nice

ancien Externe des Hôpitaux

pour obtenir le grade de DOCTEUR en MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

MM. Jean CHOSSON, Président
Pierre MOIROUD
Henri SERMENT } Juges
Paul BOURRET

IMP. RÉGIONALE - SALON

PERSONNEL ENSEIGNANT

Doyen : G. MORIN — Assesseur : J. DELPHAUT

Doyen honoraire : L. IMBERT

Professeurs honoraires : MM. AUBARET, AUDIBERT, BELTRAMI, BREMOND, GABRIEL, HECKENROTH, JOYEUX, OLMER, RIMATTEI, ROCHE, ROGER.

Chargé de cours honoraire : M. TIAN.

Secrétaire Principal : J. COMTE — Bibliothécaire : M^lle PERRIN

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	GRISOLI
Anatomie Pathologique	GASTAUT
Bactériologie et Pathologie générale	BRAHIC
Botanique et Cryptogamie	PELLISSIER
Cardiologie clinique et expérimentale	JOUVE
Chimie Médicale	DERRIEN
Chimie Analytique et Hydrologie	ARNOUX
Chimie	DUMAZERT
Clinique Chirurgicale	FIOLLE
Clinique Chirurgicale	MOIROUD
Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédie	SALMON
Clinique Chirurgicale Thérapeutique et Chirurgie expérimentale	DE VERNEJOUL
Clinique Dermato-Syphiligraphique	CHARPY
Clinique Exotique	BLANC
Clinique des Maladies du Système Nerveux	POURSINES
Clinique Médicale	MATTEI
Clinique Médicale	POINSO
Clinique Médicale Thérapeutique	OLMER J.
Clinique des Maladies des Voies Digestives et de la Nutrition	N...
Clinique Médicale Infantile	GIRAUD
Clinique Neuro-Chirurgicale	PAILLAS
Clinique Obstétricale et Gynécologique	CHOSSON
Clinique Ophtalmologique	JAYLE
Clinique Urologique	CHAUVIN
Histologie	PICARD
Hygiène et Médecine Préventive	SAUTET
Matière Médicale	BALANSARD
Médecine Légale et Médecine du Travail	MOSINGER
Parasitologie	RANQUE

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Pathologie Chirurgicale	CARCASSONNE
Pathologie Interne	AUDIER
Pharmacologie	MERCIER
Pharmacie Chimique et Toxicologie	VIGNOLI
Pharmacie Galénique	DELPHAUT
Physiologie	MORIN
Physique Médicale	DUBOULOZ
Thérapeutique	PIERI
Professeur sans chaire	ROUX

Maîtres de Conférences Agrégés

MM. BOURRET
DONNET
GREBUS
MERCIER Jacques
MOURGUE
LISSITSKY

Agrégés en exercice

MM. APPAIX
BERNARD
CREMIEUX
GRANJON
HENRY
LAMY
LAVAL
LENA
MARONNEAUD
MONGES H.
OLLIVIER
OURGAUD
PAOLI
RAYBAUD
SERMENT
VAGUE

Agrégés libres

MM. BERTHIER
DOR
FIGARELLA
IMBERT
RECORDIER

Chargés des fonctions de Maîtres de Conférences

Anatomie Pathologique	MM. PAYAN
Botanique et Cryptogamie	BERNARD P.
Histologie	STAHL

Chargé des fonctions d'Agrégé

Clinique Urologique ..... M. CHAUVIN

A MES PARENTS

Je dédie cette thèse en reconnaissance de tous les sacrifices consentis. Ils sont pour moi un exemple d'abnégation et de courage ; qu'ils trouvent en ce travail l'expression de de ma profonde gratitude.

A MA FIANCÉE.

A mon Maître et Président de Thèse,

Monsieur le Professeur Jean CHOSSON,

Professeur de Clinique Obstétricale et Gynécologique
à la Faculté.

Qui a inspiré ce travail et en a dirigé la réalisation.

En hommage a son enseignement dont nous nous souvenons avec une profonde admiration, et au praticien dévoué qui demeure pour nous, un exemple.

A Monsieur le Professeur Pierre MOIROUD

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté
Chirurgien des Hôpitaux

Il nous a fait le grand honneur d'accepter d'être de notre Jury de thèse.

Respectueux remerciements.

A Monsieur le Professeur agrégé Henri SERMENT

Ancien Interne des Hôpitaux
Ancien Chef de Clinique à la Faculté

Il a été pour nous plus qu'un conseiller, un ami. Qu'il trouve en ce travail l'expression de notre profonde reconnaissance et l'assurance de notre entier dévouement.

A Monsieur le Professeur Agrégé Paul BOURRET

Ancien Interne des Hôpitaux
Chirurgien de l'Hôpital de Salon

Il a guidé nos premier pas en chirurgie, il nous a toujours témoigné une bienveillante et amicale attention, et il nous a donné les plus grandes marques de confiance.

Qu'il trouve ici la preuve de notre gratitude et de notre réel attachement.

A nos Maîtres de la Faculté

et des Hôpitaux dont nous avons été

l'externe et l'interne.

A Monsieur le Docteur Georges PLASSE

Chirurgien-Accoucheur des Hôpitaux de Marseille

dont nous avons été l'interne.

Qu'il trouve en ce travail l'expression de notre respectueuse gratitude pour l'enseiment pratique qu'il nous a donné.

A Monsieur le Docteur Roger GOIRAND

Chirurgien-Accoucheur des Hôpitaux de Marseille

En gage de sincère amitié et en hommage de reconnaissance.

Nous avons toujours trouvé dans ses conférences un enseignement précieux.

A nos Conférenciers d'externat et d'internat

Avec toute notre reconnaissance pour leur dévouement.

A NOS AMIS,
ET A NOS CAMARADES D'ETUDES.

INTRODUCTION

— *Obtenir une analgésie correcte ;*

— *Limiter la durée du travail ;*

— *Lutter contre la dystocie, et mieux, la prévenir.*

Tels sont les trois buts que se propose d'obtenir l'accouchement dirigé des obstétriciens modernes.

Depuis Kreiss, Voron et Pigeaud, un pas en avant a été fait dans le sens de l'analgésie. Ce progrès a été possible depuis l'apparition dans notre arsenal thérapeutique de deux drogues nouvelles :

— Le Phénergan ou 32 77 RP, qui est un anti-histaminique.

— Le Largactil ou 45 60 RP, qui est un ganglioplégique.

M. Lacomme, H. Laborit, G. Le Lorier et A. Eme à Paris, A. Allain à Bordeaux, Rouchy à Angers ont apporté des résultats concluants sur l'utilisation de ces drogues dans l'accouchement.

Ils utilisent tous la perfusion par voie veineuse du mélange Dolosal-Largactil-Phénergan, associé ou non aux ocytociques. Tous sont unanimes à signaler que la méthode. si elle donne de bons résultats, nécessite un personnel important et entraîné à surveiller et à régler cet accouchement dirigé. A. Eme, en particulier, la qualifie de « méthode de luxe ».

A la Clinique Obstétricale de la Faculté de Médecine de Marseille, notre Maître, le Professeur Jean Chosson, et le Professeur Agrégé Henri Serment, ont préconisé une application plus simple des mélanges lytiques et ocytociques, obéissant à deux règles fondamentales d'une bonne analgésie, à savoir :

— *Inocuité pour la mère et le fœtus.*

— *Simplicité technique.*

L'association du Largactil-Phénergan au Dolosal ou à la Spasmalgine permet une « potentialisation » de ces derniers médicaments, donc une utilisation de doses moins importantes avec un effet plus profond. Ainsi, est obtenu un accouchement très peu toxique pour le fœtus.

La technique utilisée consiste en des injections par voie intra-musculaire du mélange associé ou non aux ocytociques. Ayant retenu des résultats des perfusions au cours de l'accou-

chement que des doses peu importantes, mais répétées de Post-Hypohyse, encore plus faibles que celles que nous avons coutume d'employer, peuvent être efficaces, nous avons pris l'habitude d'administrer ce médicament par « doses filées » associé au mélange lytique.

Notre expérimentation porte sur 84 cas.

Nous diviserons notre étude en :

1° Etude des moyens et méthodes ;

2° Les indications ;

3° Les résultats.

Nous les envisagerons :

A. — Dans l'accouchement eutocique.

B. — Dans l'accouchement dystocique.

Dans chacun de ces chapitres, nous étudierons :

a) Les effets analgésiques ;

b) Les effets sur la dilatation ;

c) Les effets sur l'expulsion.

C. — Influence sur l'enfant.

D. — Influence sur la délivrance.

4° Nous condenserons les divers résultats en tableaux et nous terminerons par un tableau résumant les 84 accouchements, observés de juillet 1953 à décembre 1954.

1° - Etudes des Moyens et Méthodes

Nous envisagerons :

A. — Les drogues utilisées.

B. — Les méthodes.

A. — LES DROGUES UTILISEES

1° Le Dolosal

Découvert en Allemagne par Eisleb et Schaumann (1939), appelé encore Pethidine (Barnes), il a des propriétés semblables à l'Atropine et à la Morphine. Les Toulousains lui ont découvert une action antispasmodique identique à celle de la Spasmalgine. Il a donc une action centrale analgésique (Barnes) et périphérique antispasmodique (E. Rastit) ; par contre il ne confère pas d'amnésie.

Il est présenté en ampoule de 2 cm3 dosée à 0 gr. 10.

2° Le Phénergan, 32 77 RP

C'est avant tout un anti-histaminique luttant efficacement contre l'œdème, rétablissant une perméabilité capillaire normale. Faiblement ganglioplégique, à forte dose, il est hypnotique.

Il est présenté en ampoule de 2 cm3 dosée à 2,5 %, soit 50 mmg. du produit par ampoule.

3° Le Largactil, 45 60 RP

C'est un dérivé de la Phénothiazine ou Chlorhydrate de Chloro-3 (Dimetylamino-3-Propyl) - 10 Phénothiazine.

Il est à la fois : parasympathicolytique et sympathicolytique. Pour M^lle^ S. Courvoisier, il a une faible activité antispasmodique. E. Lévy-Solal et P. Morin ont fait une étude sur les effets du Largactil, sur la contractilité utérine en mesurant le potentiel d'action électrique du muscle utérin. Ils concluent à une nette diminution de cette propriété par le 45 60 RP.

De plus, il a une action hypnotique et sédative propre.

Enfin, il potentialise les effets des anesthésiques et des médications analgésiques. En effet, il augmente la durée et la

profondeur de l'analgésie dûe au Dolosal. Avec des doses moindres, son association permet d'obtenir des résultats supérieurs.

Nous terminerons cette étude du 45 60 RP, en soulignant son efficacité sur le psychisme : J. Sigwald a noté une action constante et nette sur tous les états anxieux et d'hyper-excitabilité psychique. D'autre part, expérimentalement Mlle S. Courvoisier a montré qu'il supprimait les réflexes conditionnés en provoquant un retard, ou une indifférence au stimulus. Comme l'ont dit J. Rigal et Mallet, il réalise une véritable lobotomie chimique.

Il est présenté en ampoule de 5 cm3 de 25 mmg. et en ampoule de 2 cm3 de 50 mmg.

4° Les Ocytociques.

a) Les extraits post-hypophysaires :

Ils sont trop connus pour en donner une étude détaillée.

Soulignons, toutefois, sa puissante action sur la fibre utérine, difficile à doser, provoquant des effets brusques à doses élevées pouvant aller jusqu'à la rupture utérine. On l'associe, le plus souvent, aux anti-spasmodiques : tandis que ces derniers abaissent le tonus de base, la post-hypophyse augmente l'intensité et la fréquence de la contraction utérine ; ainsi se trouve augmentée l'efficacité de son action sur le mobile fœtal.

Pour éviter ces brusques à-coups et ces salves de contractions, toujours nocives pour le fœtus qui se trouve alors en état d'anoxie, notre Maître, le Professeur Jean Chosson et le Professeur Agrégé Henri Serment ont préconisé l'emploi de ce médicament à « doses filées ».

b) La Spartéine.

C'est un ocytocique mineur (G. Morin-Mercier). Il est très maniable et faiblement ganglioplégique. Il est présenté en ampoule de 1 cm3 dosée à 10 cg.

B. — LES METHODES

Le matériel est simple : une seringue de 10 cm3. Dans celle-ci on mélange les 2 cm3 de Dolosal ,les 2 cm3 de Phénergan et les 2 ou 5 cm3 de Largactil.

Nous avons réalisé deux grands types de mélange :

MELANGE N° I :

On associe Dolosal-Largactil et Phénergan ; on injecte toutes les 20 à 30 minutes 1 cm3 1/2 ou 2 cm3 du mélange, ce qui répartit la dose en 2 heures - 2 heures 1/2. C'est le mélange type « Analgésique et Anti-Spasmodique ». On ne commencera

les injections qu'à partir du moment où le col est à 3 cm. de dilatation et effacé, la poche des eaux étant indifféremment intacte ou rompue.

On a souvent remplacé le Dolosal par la Spasmalgine.

MELANGE N° II :

Au mélange n° I on ajoute une ampoule de post-hypophyse de 2 unités, et on pratique le même rythme d'injections, fidèle à notre méthode des « doses filées ». Ce mélange est celui des hypotonies utérines.

Nous avons souvent remplacé la post-hypophyse par deux ampoules de Sparteine, soit 20 cg.

Tels sont les moyens et méthodes utilisés depuis un an et demi à la Clinique Obstétricale de Marseille et dont les premiers résultats ont été publiés récemment à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Marseille.

II. - Les Indications

Nous distinguerons successivement :

— Les accouchements eutociques.

— Les accouchements dystociques.

A. — LES ACCOUCHEMENTS EUTOCIQUES

Notre but est d'obtenir l'analgésie, mais aussi de prévenir la dystocie, comme dans l'accouchement médical de Kreiss, ou l'accouchement dirigé de Voron et Pigeaud.

Nous aurons surtout en vue, les primigestes pour faire bénéficier ces femmes d'un accouchement accéléré sous une analgésie correcte.

A noter que la méthode pourra donner encore de meilleurs résultats si l'on peut y associer une psycho-thérapie supprimant toute angoisse préalable.

Le plus souvent nous nous sommes adressés à n'importe quelle primigeste, sans considération pour son niveau intellectuel.

Nous avons utilisé le mélange n° I, dans les cas où l'on notait, dès le début du travail, de bonnes contractions utérines : c'est-à-dire survenant toutes les 2 ou 3 minutes avec une interphase au cours de laquelle l'utérus restait légèrement tonique, ces contractions durant une minute au moins.

Nous avons utilisé le mélange n° II, dans tous les cas, où l'utérus paraissait moins tonique, avare en contractions utérines. Nous avons souvent utilisé la Sparteine, ocytocique mineur, contrebalançant ainsi l'effet dépresseur du mélange n° I.

Il serait intéressant de pouvoir poser une indication précise en mesurant les potentiels d'action électrique de l'utérus en travail, grâce à un tocographe, comme le font E. Lévy-Solal et P Morin. Nous nous sommes contentés, le plus souvent, d'une appréciation purement clinique, par une surveillance constante des contractions utérines, de leur rythme, de leur intensité et de leur durée.

B. — LES ACCOUCHEMENTS DYSTOCIQUES.

Nous avons utilisé, très souvent, cette méthode dans les cas où survenait une dystocie chez une primigeste ou une multigeste ou bien dans les cas où les parturientes arrivaient à la Clinique Obstétricale avec une dystocie confirmée.

La thérapeutique s'adressait le plus souvent :

a) Spasme du col, pur ou associé à une hypertonie utérine, souvent sur une métrite du col ;

b) Les œdèmes du col, total ou partiel ;

c) Les états d'hypertonie utérine avec salves de contractions utérines, mauvais relachement interphasique ne cédant pas à la seule spasmalgine ;

d) Dans les présentations postérieures, fréquemment aggravées par un défaut de flexion céphalique ;

e) Dans les épreuves du travail, non seulement pour obtenir analgésie et accélération du travail, mais encore pour préparer la parturiente à une intervention (forceps sous anesthésie, césarienne), dans les cas où cette épreuve du travail aboutit à un échec partiel ou total. On évite ainsi d'opérer sur un terrain fatigué, en supprimant, grâce à la déconnection du système nerveux, les stimuli nociceptifs de cette épreuve ;

f) Nous n'avons jamais eu à traiter une éclampsie du travail, mais la méthode pourrait être utilisée dans ce cas. La déconnection est un moyen efficace pour lutter contre le dérèglement du système neuro-végétatif et permet de protéger la circulation fœto-placentaire contre les à-coups hypertensifs de la circulation maternelle ; elle réduit le spasme des vaisseaux placentaires, générateur d'anoxie fœtale ;

g) Loin d'être une méthode à opposer aux méthodes psycho-prophylactiques des Anglais ou des Russes, elle pourrait être :

— Soit complémentaire, en particulier dans les cas où il y a échec de la psycho-prophylaxie.

— Soit associé d'emblée : la préparation de la parturiente à l'accouchement permettrait de créer un climat favorable et de confiance.

L'expérimentation est en cours. Il semble d'ores et déjà que si la déconnection est trop profonde, la parturiente ne participe plus à l'accouchement.

Devant le nombre réduit des observations nous ne pouvons donner un résultat définitif.

III. - Les Résultats

Nous rapportons 84 observations dans lesquelles il faut distinguer :

— 32 Accouchements eutociques.

— 52 Accouchements dystociques.

Ce sont pour la plupart des présentations du sommet ; nous rapportons quatre accouchements par le siège dont deux eutociques et deux dystociques.

1° Les 32 Accouchements Eutociques

Nous exposerons :

— Les effets analgésiques.

— Les effets sur la dilatation.

— Les effets sur l'expulsion.

A. — LES EFFETS ANALGESIQUES.

A la Clinique Obstétricale, nous avons utilisé, dans le but de réduire la douleur :

— La voie orale comme préparation à l'accouchement et dans le but de calmer l'angoisse en début de travail en donnant un comprimé de 45 60 RP et un comprimé de 32 77 RP.

— La voie parentérale qui permet d'atteindre l'analgésie d'une façon plus constante et plus profonde.

a) *Les résultats par voie orale :*

Dans 60 cas nous avons donné un comprimé de chaque, après effacement du col et dilatation de 2 à 3 cm. Le temps de latence entre la prise et l'effet de la médication, a été en général de 30 minutes à une heure. Les effets sur le psychisme peuvent être ainsi résumés :

— Dans 14 cas, le résultat est excellent.

— Dans 36 cas, le résultat est bon, l'agitation légère.

— Dans 10 cas, il y a échec complet. Il faut noter alors, qu'il y a, le plus souvent, une anomalie de la marche du travail.

Bien que le sujet de notre travail concerne uniquement la déconnection par la triple médication par la voie parentérale au cours de l'accouchement, nous tenions à mentionner et à souligner l'effet efficace de l'association : Phénergan-Largactil sur le psychisme par la seule vole orale.

b) *Les résultats par la voie parentérale :*

Le temps de latence entre la première injection du mélange et l'effet a été de 15 à 30 minutes. Dans quelques cas, il a fallu attendre une deuxième injection pour voir l'analgésie s'installer:

1° Dans l'intervalle des contractions, les parturientes sont :

— Soit calmes, légèrement somnolentes, répondant bien aux questions.

— Soit profondément endormies, et seules de fortes excitations les tirent de leur sommeil.

— L'agitation est nulle.

2° Au cours des contractions utérines, elles sont :

— *Soit nettement soulagées,* ne manifestant pas par l'habituelle agitation. Elles ressentent l'effet de la contraction, mais elle n'est pas douloureuse.

— *Soit légèrement agitées.* Les contractions utérines les tirent pour un moment de leur état d'assoupissement pour retomber aussitôt dans un calme absolu.

Nous avons qualifié :

— d'*analgésie excellente ou bonne,* les cas où l'agitation est nulle ou peu marquée ;

— d'*analgésie moyenne ou médiocre,* les cas où l'agitation était marquée au cours des contractions utérines;

— d'*échec ou d'analgésie mauvaise,* les cas où l'agitation a persisté durant tout l'accouchement.

Sur les 32 accouchements eutociques nous relevons :

— *14 cas excellents.*

— *13 bons cas soit 27 bons résultats.*

Sur ces 27 bons cas nous avons :

— *12 primipares* sur les 15 ayant eu un accouchement eutocique. Il s'agit de :

— 4 O.I.G.A.

— 8 présentations postérieures.

— *6 secondipares* sur les 7 ayant eu un accouchement eutocique, il s'agissait de :

— 2 O.I.G.A.

— 4 présentations postérieures.

— *9 multipares* dont un accouchement de deux jumeaux en présentation du siège chez une tertipare (N° 60).

Nous rapportons 5 cas moyens, médiocres ou mauvais, ce sont 3 primipares et 2 multipares. Dans le cas du N° 69 la dilatation a été si rapide que nous n'avons pas eu le temps d'administrer complètement le mélange. Dans le cas du N° 68, il s'agissait d'une présentation postérieure avec un fœtus de 3 kg. 610.

En conclusion nous avons 84 % de bons résultats, dans une série où les primipares et où les cas avec présentation postérieure sont en majorité.

B. — LES EFFETS SUR LA DILATATION.

Le temps moyen mis pour aller de dilatation de 2 à 4 cm. jusqu'à dilatation complète a été :

— pour l'ensemble des 15 primipares de notre série de 3 h. 05 ;

— pour les 5 O.I.G.A., il a été de 2 h. 02 ;

— pour les 10 présentations postérieures, il a été de 3 h. 36 ;

— pour les 17 multipares, dont 7 étaient des secondipares, le temps moyen a été de 1 h. 35.

Si nous comparons les résultats rapportés par A. Eme, qui utilise la perfusion par voie veineuse des mélanges lytiques, nous constatons que son temps moyen est supérieur.

M. Lacomme ne donne pas de moyenne horaire ; il signale que dans un tiers des cas l'accouchement est accéléré, un peu plus long dans un autre tiers, enfin le temps est le même dans le dernier tiers que dans l'accouchement sans déconnection.

A. Allain confirme les résultats de M. Lacomme.

J. Grasset et R. Gauthier, utilisant une méthode de potentialisation dans laquelle entrent Phénergan-Diparcol-Tétranium et Curarisants de synthèse, signalent une durée moyenne de 2 h. 30.

Nous arrivons donc à des résultats identiques à ceux de J. Grasset et R. Gauthier, tout en obtenant une bonne analgésie. Nous pourrions presque parler d' « accouchement accéléré ».

ANALGESIE

Accouchements Eutociques : 32

PARITÉ		I	II	III	IV	V	VI	VII
EXCELLENTE	ANTÉRIEURE	29 64		9				
	POSTÉRIEURE	37 - 79 42 - 59 63	41 - 45	11		7	40	1
BONNE	ANTÉRIEURE	24 - 61	26 - 28	55	23 56			
	POSTÉRIEURE	16 - 20 78	53 - 83	60 (Siege gémel-laire)				
MOYENNE	ANTÉRIEURE		17					
	POSTÉRIEURE				3			
MEDIOCRE	ANTÉRIEURE	69						
	POSTÉRIEURE							
ECHEC	POSTÉRIEURE	2 - 68						
TOTAL	32	15	7	4	3	1	1	1

Les observations ont été classées suivant un ordre chronologique dans le tableau final résumant les 84 accouchements. Chaque numéro correspond à l'observation classée suivant la parité, la présentation et la qualité de l'analgésie.

C. — LES EFFETS SUR L'EXPULSION.

Comme les différents auteurs ayant publié les résultats sur l'accouchement par perfusion de mélanges lytiques, nous devons noter un effet défavorable sur l'expulsion.

Arrivées à dilatation complète, les femmes sont le plus souvent assoupies, seules les contractions les tirent de leur sommeil.

Normalement, cette partie du travail est celle où les parturientes jouent un rôle actif, les poussées de la présentation sur le périnée réveillent le réflexe d'expulsion ; elles contractent alors leur sangle abdominale, tirent sur les barres.

Dans leur inconscience, une partie de ces femmes s'acquittent mal de cette tâche, quelques-unes se refusent à tout effort, malgré les exhortations du personnel.

Ce fait est d'autant plus remarquable que la dernière injection médicamenteuse a été faite, tardivement, c'est-à-dire, à un moment voisin de la dilatation complète. Il y a donc un instant précis dans la période de dilatation où l'on doit proscrire toute nouvelle injection. Il nous a semblé qu'il fallait laisser un temps de une heure entre la dernière injection et le temps présumé de dilatation complète. Il est difficile, parfois de prévoir exactement, comment va se dérouler le phénomène de la dilatation à partir de 6 cm.

En particulier, dans les cas favorables où la dilatation évolue rapidement, l'heure de l'expulsion survient alors que la parturiente est dans la phase de profonde analgésie. Ce sont les cas où dans la recherche d'un accouchement accéléré, le bénéfice d'une dilatation rapide est perdu à l'expulsion, voulant également obtenir une analgésie correcte. Dans les travaux psychiâtriques rapportés par J. Sigwald et J. Rigal et Mallet, traitant de l'action du Largactil sur le cortex et les noyaux sous-corticaux, on relève que ce médicament crée un hétérochronisme entre ces deux centres nerveux et aboutit alors à une diminution de l'activité motrice (Chauchard).

Hiebel-Bonvallet et Dell confirment également ces faits.

Nous avons l'explication scientifique de ce phénomène défavorable que nous constatons au cours de l'expulsion. Toutefois, le plus souvent, nous obtenons la dilatation complète, alors que l'analgésie commence à se dissiper ; dans quelques cas, nous n'avons pas eu le temps, devant l'évolution favorable des phénomènes, d'utiliser entièrement le mélange. D'autre part, avec l'expérience de cette méthode, nous pouvons réglementer le rythme et le temps des injections suivant l'allure du travail et éviter d'aboutir à cet état de refus de toute activité.

Le temps moyen général d'expulsion est de 39 minutes pour les cas où l'expulsion a été spontanée. Faisons remarquer que nous avons un nombre important de primipares (15/32).

Nous relevons dans cette série où l'accouchement a été eutocique : *5 cas d'expulsion prolongée* où la médication peut être en cause, ce sont :

— Le N° 3 : C'est une quartipare qui a mis 45 minutes pour expulser un enfant de 3 kg. 250.

— Le N° 7 : Il s'agit d'une quintipare dont l'expulsion a été de 40 minutes pour un enfant de 3 kg. 600. L'analgésie était excellente et la dilatation rapidement obtenue.

— Le N° 11 : Il s'agit d'une tertipare dont la dilatation avait été obtenue rapidement et où l'expulsion prolongée a fait perdre le bénéfice d'un accouchement rapide. L'enfant pesait 2 kg. 900.

— Le N° 42 : Il s'agit d'une primipare chez laquelle l'expulsion a durée 1 h. 45 pour un fœtus de 3 kg. 530.

— Enfin le N° 73 : Il s'agit d'une quartipare, avec une présentation S.I.D.T. dont l'expulsion a durée 1 h. 45 pour un enfant de 3 kg. 700.

On peut toutefois conclure, que si une dystocie n'est pas surajoutée, l'expulsion, quoique prolongée, n'entraîne pas de souffrance fœtale, ni d'application de forceps traumatique pour la mère et pour le fœtus. Ce sont, de toute façon, des forceps à la vulve.

Dans la série des 32 accouchements eutociques nous n'avons jamais eu à pratiquer d'application de forceps.

2° Les 52 Accouchements Dystociques

Nous retrancherons délibérément les 3 cas de césarienne de cette série. Nous envisagerons ces 3 cas, dans un chapitre particulier. Nous suivrons le même plan que dans le précédent chapitre.

A. — LES EFFETS ANALGESIQUES.

Sur 49 accouchements nous rapportons *28 accouchements* avec une *analgésie excellente* ou bonne (13 et 15 cas), soit 59 %.

On relève dans ces *28 cas :*

— *18 primipares*

pour la plupart avec des dystocies du col graves ou assez graves.

Dans 2 cas il s'agissait d'hyperthyroïdiennes (N^{os} 47-49) biologiquement contrôlées.

Souvent, les femmes étaient agitées en début de travail avant toute médication ; elles étaient, ensuite, calmes et somnolentes.

Nous distinguerons parmi ces *18 primipares :*

— 8 O.I.G.A.

— 9 présentations postérieures et

— 1 siège avec gros fœtus (N° 39).

— 6 *secondipares*

où l'on distingue :

— 1 O.I.G.A. et

— 5 présentations postérieures.

Dans la série des *analgésies moyennes ou médiocres,* nous relevons :

— 7 *primipares* dont une avait un bassin limite

Enfin, dans les *échecs* nous avons :

— 5 *primipares* dont 3 avec des accouchements particulièrement dystociques (N^{os} 44 - 22 et 31).

Si nous considérons les seules primipares sur 31 accouchements dystociques 18, ont bénéficié d'une analgésie excellente ou bonne, soit plus de 60 %.

Il y en a 7 qui ont eu une analgésie moyenne ou médiocre ; pour la plupart, elles ont accouché de gros fœtus, en présentation postérieure donnant un tableau de dystocie importante.

Sur les 6 mauvais cas, 5 étaient des postérieures. Il y a

ANALGESIE

Accouchements Dystociques : 49

PARITÉ		I	II	III	IV	V	VI	VII
EXCELLENTE	ANTÉRIEURE	12 - 35 74 - 76 77						
	POSTÉRIEURE	13-33-49 80	10-15	38	1			
BONNE	ANTERIEURE	14 39 (s.i.d.a.) 54-72	75	25				
	POSTERIEURE	16-27-81 51-82	47-52 65		66			
MOYENNE	ANTERIEURE	50-61-62 67-58			73 s.i.d.t.			
	POSTERIEURE	43 - 84	19-70			34		
MEDIOCRE	ANTERIEURE			5				
	POSTERIEURE	4	30		8			
ECHEC	ANTERIEURE	44						
	POSTERIEURE	2 - 27 22 - 31	57					
TOTAL	49	31	10	3	4	1		

ANALGÉSIE

QUALITÉ	PROPORTION	I pare	II pare	III pare	IV pare	V pare	VI pare	VII pare	
EXCELLENTE	14/32	7	2	2		1	1	1	EUTOCIE
BONNE	13/32	5	4	2	2				
MOYENNE	2/32		1		1				
MÉDIOCRE	1/32	1							
ECHEC	2/32	2							
EXCELLENTE	13/49	9	2	1	1				DYSTOCIE
BONNE	15/49	9	4	1	1				
MOYENNE	11/49	7	2		1	1			
MÉDIOCRE	4/49	1	1	1	1				
ECHEC	6/49	5	1						
TOTAL . .	81	46	17	7	7	2	1	1	

un cas où la médication n'avait pas eu le temps d'être complètement administrée, la dilatation s'étant effectuée en moins d'une heure.

B. — LES EFFETS SUR LA DILATATION.

a) Nous avons utilisé le mélange n° 1 (antispasmodique et analgésique) dans les cas de dystocie du col et les cas d'hypertonie utérine avec contractions subintrantes. Chaque fois, nous avons obtenu :

— Une action très rapide. Allongement de l'interphase avec meilleur relachement utérin.
— Une régression rapide des œdèmes du col et cédation des spasmes.
— Avec des doses moindres de Dolosal.
— Une analgésie le plus souvent bonne.

Dans 3 cas particulièrement démonstratifs la triple médication a été très efficace. Dans l'observation n° 10, une secondipare avec une présentation postérieure était en travail depuis plusieurs heures, avec rigidité du col sur laquelle plusieurs spasmalgines avaient eté inefficaces. Après administration de la triple médication, le spasme et l'œdème du col ont régressé et la dilatation est arrivée à « complet » en 2 heures. C'était une épreuve du travail.

Dans l'observation n° 16, il s'agit d'une primipare, présentant un bassin généralement rétréci et une présentation postérieure. En début de travail, il y avait souffrance fœtale. L'emploi de la triple médication a permis d'obtenir une dilatation complète en un peu plus d'une heure et d'extraire un fœtus vivant par forceps.

Enfin dans l'observation n° 54, après un début de travail stationnaire de plusieurs heures avec dystocie du col, chez une albuminurique, primipare. le Dolosal-Largactil-Phénergan a permis d'obtenir la dilatation complète en une heure. La parturiente a mis au monde un enfant de 3 kg. 800.

Dans 6 cas, il y a eu échec. Mais dans un cas (n° 81) la médication a été faite trop tôt et le travail a traîné en longueur. Dans 3 autres cas (21, 22 et 31), les parturientes étaient arrivées à la Clinique Obstétricale en urgence, avec des dystocies graves du col et toutes les trois, primipares avec de gros fœtus.

Dans le cas n° 50, il y avait une hypertonie utérine importante suivie d'atonie et de souffrance fœtale.

b) Le mélange n° 2 a été utilisé dans les cas où s'associaient brièveté des contractions utérines (moins de 30 secondes) et rythme très espacé des contractions allant même jusqu'à une véritable atonie utérine (12 cas).

Chaque fois, le résultat a été favorable, obtenant une dilatation complète en 3 heures. Les contractions devenaient de bonne qualité, on notait un durcissement plus net de l'utérus, le relachement interphasique cliniquement appréciable, un rythme régulier.

Au total pour ces *49 cas dystociques*, nous relevons :

— *31 primipares*

l'on comptait :

— 14 O.I.G.A. pour lesquelles, *le temps moyen* a été de 3 heures 37 minutes

— 16 postérieures pour lesquelles, *le temps moyen* a été de 4 heures 56 minutes.

— 1 présentation du siège, pour laquelle la dilatation a été obtenue en 1 heure.

Pour les *18 multipares*, dont *10 secondipares*, le *temps moyen* a été de : 1 heure 47 minutes.

En conclusion, avec une méthode simple, utilisant de faibles doses de substances toxiques, un nombre restreint de médicaments, sans complexité technique, nous avons obtenu des résultats avantageux :

— Rapidité plus grande.

— Analgésie et calme de la parturiente.

— Réduction de la brutalité des effets ocytociques.

— Simplicité de la surveillance.

C. — EFFETS SUR L'EXPULSION.

Sur l'ensemble des observations, nous devons noter 23 forceps et une grande extraction du siège.

Il faut pourtant remarquer qu'il s'agit toujours de cas dystociques où l'accouchement ne pouvait se terminer par les seules forces naturelles.

Nous distinguerons, parmi ces *23 applications de forceps :*

1° Forceps *pour souffrance fœtale*, soit : 2.

Dans un seul cas (n° 33) la souffrance fœtale est peut-être due à une analgésie profonde qui empêche la parturiente de pousser.

2° Forceps *pour longueur d'expulsion*, où l'analgésie est en cause, soit : 5.

Ce sont les observations n^{os} 21 - 38 - 41 - 76 - 77.

Dans tous ces cas, les parturientes poussent mal ou bien refusent de participer à l'accouchement.

3° Forceps *sur occipito-sacrée,* chez 2 primipares avec gros fœtus (nos 70 et 84).

4° Un cas où l'accouchement a été *dystocique* et où l'expulsion ne pouvait se faire seule (n° 22).

5° Forceps chez *2 primipares avec bassin limite* (nos 62 et 65). Il y avait une importante disproportion fœto-pelvienne.

6° Forceps chez 2 parturientes qui avaient eu un travail ayant traîné en longueur et qui étaient fatiguées. L'analgésie ne peut être en cause : Elle était mauvaise (nos 81 et 50).

En conclusion, seuls, 5 cas de longueur d'expulsion sont dûs à l'analgésie trop profonde ; dans tous les autres cas, nous avions à faire à des accouchements franchement dystociques.

Enfin, dans trois cas, l'accouchement s'est terminé par *une césarienne ;* les anesthésies ont été bonnes et très peu toxiques ; l'utilisation du Phénergan-Largactil-Dolosal, ayant préparé les parturientes, une dose peu importante d'anesthésique a été suffisante pour obtenir une bonne anesthésie. Dans les trois cas l'enfant a crié aussitôt.

Ce sont :

— N° 32 : O.I.D.P. primipare, césarienne, pour atonie utérine malgré l'emploi des ocytociques, avec souffrance fœtale et disproportion fœto-pelvienne : 4 kg. 450.

— N° 36 S.I.G.T. primipare, avec fœtus de 3 kg. 800, césarienne pour non engagement de la présentation.

— N° 48 : Dystocie grave du col avec souffrance fœtale qui a imposé l'intervention chez une hypertendue albuminurique.

Dans un cas de *présentation du siège* chez une primipare nous avons été obligé de pratiquer une grande extraction, pour atonie utérine à dilatation complète ; l'enfant pesait 3 kg. 800.

3° Influence sur l'Enfant

D'une façon générale, nous n'avons noté aucun effet défavorable de la triple médication sur l'enfant qui crie aussitôt.

Dans 6 cas, l'enfant est né endormi, ne présente aucun trouble respiratoire, mais ne crie pas ; il n'y a pas de cyanose : Coramine et Lobeline amènent très rapidement le cri attendu. Ce sont les observations n^{os} 30 - 43 - 12 - 14 - 22 (accouchement très dystocique) et 26.

Dans un cas, il y a eu cyanose (n° 14) : il s'agissait d'une primipare présentant une cardiopathie rhumatismale avec accouchement rapide La cyanose a été rapidement jugulée par l'oxygénothérapie — Coramine-Lobeline — La P.L. a ramené un L.C.R. normal.

Dans 2 cas (n^{os} 50 et 56) les enfants sont nés étonnés et cyanosés, mais ils présentaient un triple circulaire du cordon très serré et il y a eu souffrance fœtale en cours de travail.

Dans 2 autres cas n^{os} 70 et 84) à la suite d'une expulsion impossible (occipito-sacrée) qui a nécessité une terminaison par forceps, l'enfant a présenté une hémorragie méningée dont l'évolution a été favorable.

Dans tous ces cas, les enfants sont sortis vivants et en bon état, avec une courbe de poids normale.

Dans 3 cas seulement, sur les 84 observations nous avons perdu l'enfant, mais alors il y avait une dystocie grave surajoutée.

Dans le premier cas : observation n° 48. Il s'agit d'une quartipare de 33 ans, syphilitique, qui a déjà eu un enfant mort-né. Au cours de cette quatrième grossesse, elle avait suivi un traitement antisyphilitique. Cette parturiente avait dépassé le terme de 22 jours ; alors que la dilatation était à 7 cm., après une phase d'hypertonie utérine rapidement jugulée, les bruits du cœur ont disparu. On a terminé rapidement par une application de forceps : enfant mort de 3 kg. 850.

Dans le deuxième cas, n° 33 : on fait une application de forceps pour défaut de progression, chez une primipare de 22 ans, qui amène une hémorragie méningée contrôlée sur un enfant de 3 kg. 650, étonné.

Dans le troisième cas, n° 44, il s'agit d'une primipare bacillaire (miliaire) qui a présenté une dystocie grave du col avec hypertonie utérine qui a pourtant rapidement cédé à la médication. On ramène un enfant mort. Là encore, elle avait dépassé son terme de 20 jours. S'agissait-il d'une grossesse prolongée ?

Nous pouvons donc conclure que, dans aucun des cas où l'enfant a souffert, la triple médication n'est en cause. Bien au contraire, dans un cas, l'emploi du mélange n° 2 a permis l'extraction d'un enfant criant aussitôt, ceci grâce à la rapidité de la dilatation obtenue par la méthode (n° 16).

4° Influence sur la Délivrance

Pour l'ensemble des observations, nous ne rapportons aucun incident directement lié à l'utilisation des mélanges.

Nous sommes donc en accord avec les différents auteurs pour conclure que les neuroplégiques sont sans effets nocifs ou favorables, sur la délivrance. Mlle Courvoisier a signalé dans son étude pharmaco-dynamique du Largactil, son action anti-coagulante. Nous n'avons jamais noté de tendance hémorragique plus marquée par rapport aux accouchements où les drogues n'ont pas été utilisées.

Dans trois cas, nous avons observé une hémorragie de la délivrance : mais il s'agissait, dans deux cas (nos 31 - 72) de rétention placentaire et dans un troisième cas (38) d'une insertion basse du placenta.

Faisons remarquer que dans le service nous utilisons très largement chez les multipares le Methergin par voie veineuse.

Enfin dans un cas (n° 75) l'utilisation de la triple médication a permis de juguler rapidement un shock obstétrical du post-partum.

N°	Age	Parité	Présentation Caractère de l'accouchement en début de travail	Dilatation au moment où l'on applique le traitement	Durée du travail jusqu'à dilatation complète	Durée de l'expulsion	Mod d'expul
1	31	IV	O.I.D.T. poliomyélite à 9 mois atrophie m. i. G. bassin asymétriq.	4 cm.	1 h. 20	20 min.	Sponta
2	24	I	O.I.D.P. col épais. P.D E.R.	4 cm.	7 h.	30 min.	Sponta
3	39	IV	O.I.G.P.	4 cm.	1 h 45	45 min.	Sponta
4		I	O.I.G.T. mauvaise fléxion céphalique P D.E.R. agitation intense	4 cm.	45 min.	30 min.	Sponta
5	30	III	O.I.G.A. bacillaire col métritique, oedème, tête mal fléchie	4 cm.	30 min.	20 min.	Sponta
6	27	VII	O.I.G.P. agitation très marquée, après hypophyse	4 cm.	2 h.	30 min.	Sponta
7	22	V	O.I.D.P.	2 cm.	1 h. 15	40 min	Sponta
8	33	IV 1 mort-né 1 avort.	O.I.G.P. syphilitique, traitée depuis 1947 hypertonie Utérine	6 cm.	50 min.	forceps pour souffra fœtale.	
9	32	III	O.I.G.A. accidents gravido-cardiaque	2 cm.	expulsion 1 h. après traitnt		Sponta

at de l'enfant la naissance	Délivrance	Analgésie	Agitation	Conclusions
3 kg 050 rie aussitôt	Rétraction insuffisante	excellente	nulle	Cas excellent
2 kg 600 rie aussitôt	R. A. S.	mauvaise	agitation marquée	Mauvais cas
3 kg 250 crie aussitôt	R. A. S.	moyenne	à l'expulsion	Cas moyen
3 kg 500 crie aussitôt	R. A. S.	médiocre	accouchement rapide, analgésie n'a pas le temps de s'installer. Mélange incomplètement fait. Cas excellent, pour dilatation et travail.	
3 kg 050 crie aussitôt	R. A. S.	médiocre		Analgésie médiocre bon cas pour dilatation et expulsion
2 kg 900 crie aussitôt	R. A. S.	excellente	nulle	Analgésie bonne
3 kg 600 crie aussitôt	R. A. S.	excellente	nulle	Analgésie excellente expulsion prolongée
3 kg 850 tonné, réanimation chec. décédé	R. A. S	médiocre		Analgésie médiocre bon effet sur hypertonie, enfant fragile.
3 kg 200 crie aussitôt	R. A. S.	excellente	nulle	Analgésie excellente accouchement rapide.

N°	Age	Parité	Présentation Caractère de l'accouchement en début de travail	Dilatation au moment où l'on applique le traitement	Durée du travail jusqu'à dilatation complète	Durée de l'expulsion	Mode d'expuls
10	30	II	O.I.D.P. rigidité du col spasmalgine seule sans effet P.D.E. intacte bassin retréci	2 cm.	2 h.	forceps pour souffrar fœtale.	
11	33	III	O.I.G.T.	3 cm.	5 h. 40 (expulsion comprise)		
12	29	I	O.I.G.A. bassin généralement retréci	6 cm.	3 h. 30	1 h. 10	Spontar
13	29	I	O.I.G.P. mal fléchie ampliation sacciforme	4 cm.	4 h.	15 m.	Spontar
14	24	I	O.I.G.A. R.A.A. évolutif œdème du col	5 cm.	1 h. 20	30 m.	Spontar
15	27	II	O.I.G.T. rigidité du col agitation marquée	3 cm.	2 h. 15	1 h.	Spontar
16	36	I	O.I.G.P. bassin généralement rétréci dystocie du col : spasme souffrance fœtale	3 cm.	1 h.	forceps ponr souffrar fœtale au détroit inférieur.	
17	23	II	O.I.G.A. très agitée	4 cm.	1 h. 35 (expulsion comprise)		

at de l'enfant la naissance	Délivrance	Analgésie	Agitation	Conclusions
crie aussitôt	R.A.S.	excellente	peu marquée	Analgésie bonne Accouchement rapide Souffrance fœtale
2 kg 900 crie aussitôt	R.A.S.	excellente	nulle	Expulsion prolongée Analgésie excellente
3 kg 080 nfant endormi, rosé ramine lobeline crie aussitôt	R.A.S.	excellente	nulle	Anagésie excellente Enfant endormi sans troubles respiratoires
4 kg 180 crie aussitôt	R.A.S.	excellente	nulle	Très bon cas
2 kg 700 anose, réanimation	R.A.S.	bonne	peu marquée aucun trouble cardiaque	Bon cas, cyanose sans cause apparente
4 kg 200 crie aussitôt	R.A.S.	excellente	nulle	Très bon cas
2 kg 640 crie aussitôt	R.A.S.	bonne	peu marquée	Cas excellent Le traitement a permis d'obtenir dilatation très rapide sur spasme du col, et extraction enfant vivant malgré souffrance fœtale dès le début du travail
2 kg 700 crie aussitôt	R.A.S.	moyenne	marquée au cours des c.u.	Bon cas

N°	Age	Parité	Présentation Caractère de l'accouchement en début de travail	Dilatation au moment où l'on applique le traitement	Durée du travail jusqu'à dilatation complète	Durée de l'expulsion	Mode d'expulsi
18	26	I	O.I.G.T. vaginisme agitation	2 cm.	5 h. 15	25 min.	Spontan
19	21	II	O I.G.T. mal fléchie agitation intense rigidité du col R.A A. (12 ans)	5 cm.	30 min.	10 min.	Spontan
20	22	III	O.I.D.P. R.A.A. P. NO.	4 cm.	1 h 30	30 min.	Spontan
21	27	I	O.I.G.P. mal fléchie souffrance fœtale	4 cm.	10 h,	1 h.	forceps p absence progress
22	25	I	O.I.D.P. ligamentopexie agitation extrême	3 cm.	10 h. 30	forceps pour absence progression	
23	29	IV	O.I.G.A.	5 cm.	1 h. 35	10 min.	Spontan
24	22	I	O.I.G.A. très agitée	3 cm.	2 h. 20 (expulsion comprise)		Spontan
25	30	III	O.I.G.A. col épais agitation au cours des c u.	4 cm.	2 h. 45	35 m.	Spontan
26	18	II	O.I.G.A. agitation incessante	4 cm.	1 h. 15	45 m.	Spontan

...at de l'enfant ...la naissance	Délivrance	Analgésie	Agitation	Conclusions
... 2 kg 800 ...rie aussitôt	R. A. S	bonne	peu marquée plus agitée à l'expulsion	Analgésie bonne chez une femme très nerveuse
... 2 kg 750 ...rie aussitôt	R. A. S.	moyenne	marquée au cours des c.u.	Analgésie médiocre bon effet sur dystocie
... 3 kg 700 ...rie aussitôt	R. A. S.	bonne	pratiquement nulle	Bon cas
... 3 kg 680 ...rie aussitôt	R. A. S.	mauvaise		Echec complet
... 4 kg 100 ...uffrance fœtale ...onné, réanimation	R. A. S.	mauvaise		Echec complet
... 3 kg 100 ...crie aussitôt	R. A. S.	bonne	nulle	Bon cas
... 3 kg 900 ...crie aussitôt	R. A. S.	bonne	nulle	Excellent
... 3 kg 650 ...crie aussitôt	R. A. S	bonne	au début du travail	Bon cas
... 2 kg 850 ... ne crie pas ...respiration saccadée ... lobeline ...crie aussitôt	R. A. S.	bonne	au début du travail	Bon cas

N°	Age	Parité	Présentation Caractère de l'accouchement en début de travail	Dilatation au moment où l'on applique le traitement	Durée du travail jusqu'à dilatation complète	Durée de l'expulsion	Mode d'expuls
27	28	I	O.I.D.P. mal fléchie col effacé mais épais	2 cm.	3 h.	1 h	Sponta
28	29	II	O.I.G.A. contractions utérines peu efficaces	5 cm.	1 h 40	55 min.	Sponta
29	26	I	O.I.G.A. agitation intense	4 cm.	1 h 40	1 h. 15	Prolong
30	26	II	O.I.G.P. mal fléchie hémorragie en grossesse col métritique résistant souffrance fœtale	4 cm.	2 h. 45	20 m.	Sponta
31	25	I	O.I.D.P. mal fléchie dystocie grave du col métrite	3 cm.	8 h. 20	1 h. 25	forceps pour d progressio
32	25	I	O.I.D.P. mal fléchie atonie utérine malgré ocytociques	3 cm.			
33	22	I	O.I.D.P. rigidité du col	2 cm.	2 h.	refuse de pousser	forceps
34	37	V	O.I.D.T. excés de liquide front transitoire	5 cm.	30 m.	10 min.	Spontan
35	23	I	O.I.G.A. spasme du col	3 cm.	3 h. 10	50 min.	Spontan

...t de l'enfant ...la naissance	Délivrance	Analgésie	Agitation	Conclusions
3 kg 200 ...rie aussitôt	R. A. S.	bonne	manifeste légèrement au cours des c.u.	Bon cas
4 kg 100 ...rie aussitôt	R. A. S.	bonne	nulle	Bon cas
2 kg 300 ...rie aussitôt	R. A. S.	excellente	nulle	Analgésie excellente mais expulsion légèrement prolongée
3 kg 600 ...nfant endormi ...troubles respiratoires ... lobeline ...rie aussitôt	R. A. S.	médiocre	marquée	Analgésie médiocre bon accouchement
3 kg 850 ...rie aussitôt	Hémorragie (rétention de cotylédon) curage	mauvaise		Echec complet
4 kg 450 ... césarienne ...rie aussitôt				Gros fœtus O.I.D.P. atonie utériue Césarienne
3 kg 650 ...étonné, P.L. ...morragie méningée décédé	R. A. S.	profonde	nulle	Analgésie profonde rigidité du col expulsion impossible enfant décédé
3 kg 950 ...rie aussitôt	R. A. S.	moyenne	Médication faite tardivement	
3 kg 400 ...rie aussitôt	R. A. S.	excellente	nulle	Bon cas

N°	Age	Parité	Présentation Caractère de l'accouchement en début de travail	Dilatation au moment où l'on applique le traitement	Durée du travail jusqu'à dilatation complète	Durée de l'expulsion	Mode d'expul
36	30	I	S.I.G.T. hypertonie utérine		8 h. 45	Césarienne pour n engagement	
37	25	I	O.I.G.P. agitation extrême	4 cm.	45 min.	15 min.	Sponta
38	27	III	O.I.D.P. col mince et rigide	3 cm.	2 h 30	1 h. 10	forceps absence progres
39	21	I	S.I.D.A. inertie utérine hyper T A en travail	5 cm.	45 m.	Grande extraction siège. Inertie	
40	29	VI	O.I.G.T. agitation	4 cm.	1 h. 15	20 min.	Sponta
41	24	II	O.I.D.T.	3 cm.	1 h.	forceps ne veut pas pousse	
42	31	I	O.I.G.T. mal fléchie	3 cm.	5 h. 15	1 h. 45	Sponta
43	30	I	O.I.D.P. mal fléchie	4 cm - épais Utérus cylindrique	4 h. 25	1 h.	Sponta
44	23	I	O.I.G.A. P.N.O. miliaire Grossesse prol. dystocie du col	2 cm - dur fil-de-fer	3 h. 30		forceps

...t de l'enfant ...la naissance	Délivrance	Analgésie	Agitation	Conclusions
... 3 kg 800 ...rie aussitôt	R. A. S.			Césarienne
... 3 kg ...rie aussitôt	R. A. S.	excellente	nulle	Très bon cas
... 3 kg 700 ...rie aussitôt	Hémorragie Absence de rétraction Insertion basse	excellente		Analgésie excellente expulsion prolongée
... 3 kg 350 ...rie aussitôt	R. A. S.	bonne	nulle	Inertie à la fin du travail Grande extraction
... 3 kg 350 ...rie aussitôt	R. A. S.	excellente		Bon cas
... 3 kg 850 ...rie aussitôt	R. A. S.	profonde	nulle	Analgésie profonde expulsion impossible
... 3 kg 530 ...rie aussitôt	R. A. S.	profonde		Analgésie excellente expulsion prolongée
... 3 kg 250 ...légèrement endormi ...rie aussitôt	45 m. naturelle	Agitation intense à l'entrée	Après D.L. Ph. Diminution nette	Effet excellent sur œdème col analgésie moyenne expulsion bonne Délivrance et enfant : R.A.S.
... Enfant mort ...uffrance fœtale		mauvaise		Excellent effet col analsésie : 0 fœtus décédé in utéro

N°	Age	Parité	Présentation Caractère de l'accouchement en début de travail	Dilatation au moment où l'on applique le traitement	Durée du travail jusqu'à dilatation complète	Durée de l'expulsion	M d'exp
45	23	II	O I.D.T.	4 cm - épais	45 min.	15 m.	Spo
46	22	I	O.I.D.P.	5 cm. P.D.E.R. méconium	1 h 30	forceps pour sou fœtale.	
47	25	II	O.I.G.P. hyperthyroïdie metrique du col	5 cm. dystocie col tête mal fléchie	2 h 30	45 m.	Spo
48	29	II	O.I.D.P. hypertension albuminurie P.D.E.I.	4 cm. dystocie grave du col	2 h. après, col souple mais souffrance fœtale		césa
49	19	I	O.I.G P. Hyperthyroïdie	3 cm. D.L. Ph. et H. Atonie	2 h. 45	45 min.	Spo
50	21	I	O.I.G.A. Hypertonis à l'entrée col épais	2 cm.	8 h.	1 h.	for souf fœ
51	21	I	O.I.D.P. bassin généralement retréci	3 cm. utérus cylindrique	3 h. 50	1 h. 05	Spo
52	23	II	O.I.G.T. Utérus cylindr. œdème du col rigidité	4 cm. R.P.D.E.	1 h. 20	15 min.	Spo
53	24	II	O.I.D.P.	5 cm. R.P.D.E.	1 h. 30	15 min.	Spo

de l'enfant naissance	Délivrance	Analgésie	Agitation	Conclusions
kg 300 aussitôt		très bon	nulle	Cas excellent a demandé à accoucher à nouveau ainsi
aussitôt	R.A.S.	bonne	nulle	Dilatation rapide expulsion longue Pajot
kg 400 aussitôt	R.A.S.	moyenne bonne en fin de travail	Marquée au début	Analgésie bonne pour le terrain Dystocie du col jugulée
aussitôt	R.A.S.	bonne anesthésie peu toxique		Enfant crie aussitôt
kg 150 aussitôt	R. A. S.	excellente	nulle	Cas excellent malgré le terrain
kg 600 rculaire cordon	R.A.S.	moyenne	marquée à l'expulsion	Mauvais cas
kg 250 aussitôt	R.A.S.	bonne	peu marquée	Bon cas sur un bassin touché
kg 750 aussitôt	Rétraction insuffisante	bonne	peu marquée	Bon cas
kg 150 aussitôt	R. A. S.	bonne	nulle	très bon cas

N°	Age	Parité	Présentation Caractère de l'accouchement en début de travail	Dilatation au moment où l'on applique le traitement	Durée du travail jusqu'à dilatation complète	Durée de l'expulsion	Mo d'exp
54	29	I	O.I.G.A. col dur metritique albuminurie œdème M.I.	2 cm. après début travail stationnaire (1 h. 30) D.L.P.H. 2u. marche rapide mélange incomplètement fait	40 min.	20 min.	Spor
55	28	III	O.I.G.A. ant. : chorée craint la douleur	6 cm.	45 min.	10 min.	Spor
56	28	IV	O.I.G.A.	2 cm.	1 h 45	10 min.	Spor
57	31	II	O.I.G.P.	3 cm.	20 m.	30 min.	forc souffran
58	24	I	O.I G.A. col mince et résistant agitation intense	3 cm.	3 h. 45	15 min.	Spor
59	33	I	O.I D.P.	2 cm.	4 h. 10	35 min.	Spon
60		III	siège gross. gémellaire	4 cm.	2 h. 15	40 min.	Spor
61		I	O.I.G.A. vaginisme important Basedow.	3 cm	3 h. 30	30 min.	forc souffran
62	23	I	O.I.G.A. bassin limite épreuve travail tête mal fléchie hypertonie	4 cm.	4 h. 45	1 h. 05	forc

t de l'enfant la naissance	Délivrance	Analgésie	Agitation	Conclusions
3 kg 800 rie aussitôt	R. A. S.	bonne	nulle	Très bon cas
rie aussitôt	R. A. S.	bonne	rapidement calmée	Bon cas
3 kg 200 nné, réanimation veté du cordon circulaires	R. A. S methergin IV	bonne	peu marquée	Bon cas
étonné	R. A. S.	agitée malgré D.L.H. 2u		Dilatation rapide expulsion difficile analgésie nulle
3 kg 450 rie aussitôt	R. A. S.	moyenne	marquée au cours des contractions	Analgésie moyenne dystocie du col
3 kg 400 rie aussitôt	R. A. S.	somnole durant tout le travail	en fin de travail	D.L. Ph. trop tôt Dilatation insuffisante expulsion bonne
2 kg 570 2 kg 420 ient aussitôt	R. A. S. methergin IV	bonne	peu marquée	Bon cas
3 kg 900 rie aussitôt	R. A. S	moyenne	agitée au cours des contractions	Cas moyen chez basedowienne
3 kg 100 rie aussitôt	hémorragie	moyenne	marquée en fin de travail	Cas moyen

N°	Age	Parité	Présentation Caractère de l'accouchement en début de travail	Dilatation au moment où l'on applique le traitement	Durée du travail jusqu'à dilatation complète	Durée de l'expulsion	Mo d'expu
63	24	I	O.I.D.P. très agitée	3 cm.	1 h. 30	35 m.	Spon
64	21	I	O.I.G.A. ant. : crises convulsives jusqu'à 15 ans irritable	4 cm.	1 h 50	35 min.	Spont
65	28	II	O.I.D.P. bassin touché nerveuse	5 cm.	1 h. 45	15 m.	forc souffrance
66	28	IV	O.I.D.P. dystocie du col hypertonie utérine souffrance fœtale début travail	3 cm.	1 h. 25	forceps à dilatation plète pour souffrance f	
67	19	I	O.I.G.A. col résistant mince	3 cm.	3 h. 15	60 min.	Spont
68	21	I	O.I.D.P.	4 cm.	4 h.	20 min.	Spont
69	22	I	O.I.G.A. très agitée	4 cm.	50 min.	40 min.	Spont
70	34	II	O.I.G.P.	4 cm.	2 h. 45	forceps pour O.	
71	21	I	O.I.G.A. bien fléchie agitation intense	3 cm.	1 h. 20	30 min.	Spont

t de l'enfant a naissance	Délivrance	Analgésie	Agitation	Conclusions
3 kg 300 rie aussitôt	R.A.S.	bonne après médications 30 min.	marquée au début nulle à la fin	Très bon cas
3 kg 500 rie aussitôt	R.A.S.	très bon cas : garde un souvenir heureux de l'accouchement		
4 kg 590 rie aussitôt	R.A.S.	bonne	pratiquem[t] nulle	Bon cas
3 kg 250 rie aussitôt	hémorragie methergin IV hypophyses 10u	bonne	Marquée en début travail	Bon cas
2 kg 580 rie aussitôt	R. A. S.	moyenne	agitée au cours des contractions	Cas moyen
3 kg 610 rie aussitôt	R.A.S.	mauvais cas	intense	Mauvais cas
3 kg 150 rie aussitôt	R.A.S.	médiocre : pas eu le temps de finir le mélange		Travail très rapide Analgesie médiocre
4 kg 200 nné, réanimation	R.A.S.	moyenne	marquée en fin de travail	Travail rapide pour O.I.G.P. analgésie moyenne O.S. forceps
3 kg rie aussitôt	R. A. S.	bonne jusqu'à expulsion	marquée à l'expulsion	Accouchement type avec analgésie bonne durant dilatation, complétée à l'expulsion par trilène

N°	Age	Parité	Présentation Caractère de l'accouchement en début de travail	Dilatation au moment où l'on applique le traitement	Durée du travail jusqu'à dilatation complète	Durée de l'expulsion	Mo d'exp
72	26	I	O.I.G.A. hypertonie agitation pousse au cours des c.u.	2 cm.	2 h. 45	20 min.	Spon
73	40	IV	S.I.D.T. utérus hypertonique	4 cm.	3 h. 40	1 h. 45	Spon
74	20	I	O.I.G.A. œdème du col agitation	4 cm.	1 h 40	50 min.	Spon
75	28	II	O.I.G.A. hypertendue 18/12 albuminurie	2 cm.	4 h.	15 min.	Spont
76	37	I	O.I G.A. P D.E.R. œdème du col pousse au cours des c.u.	4 cm.	2 h. 35	2 h.	forceps défaut pr
77	27	I	O.I.G.A. syphilitique œdème du col	4 cm.	4 h. 50		forceps défaut pr
78	21	I	O.I D.P.	4 cm.	3 h. 50	25 min.	forc souffrane
79	28	I	O.I.G.P. agitation extrême	4 cm	3 h.	25 min.	Spon
80	22	I	O.I.D.P. col très épais travril ayant traîné en longueur avant traitement	4 cm.	2 h.	1 h.	Spon

t. de l'enfant a naissance	Délivrance	Analgésie	Agitation	Conclusions
3 kg 500 ie aussitôt	Hémorragie placenta : infarctus ancien	bonne	marquée au début	Synd. Schikelé type succès des antispasmodiques P.D.E rompue à 8 cm.
3 kg 700 ie aussitôt	R. A. S.	moyenne profonde à l'expulsion	peu marquée au cours des c.u.	expulsion prolongée par analgésie
3 kg 800 ie aussitôt	R. A. S.	profonde	nulle	Bonne analgésie Gêne l'expulsion. Hypophyse, doses filées
2 kg 900 ie aussitôt	Délivre incomplet léger shock	bonne	nulle	T. A. augmente progressivent. A la délivrance : 24/15 léger shock, pas d'éclampsisme.
3 kg 100 ie aussitôt	R. A. S.	profonde	nulle	Analgésie excellente gêne l'expulsion
3 kg 200 ie aussitôt	R. A. S.	profonde	nulle	Analgésie excellente gêne l'expulsion
3 kg 500 ie aussitôt	R. A. S.	bonne	nulle	Analgésie bonne
3 kg 500 ie aussitôt	R. A. S	excellente	nulle	Très bon cas
2 kg 800 ie aussitôt	R. A. S.	très bonne	nulle	Cas excellent Analgésie bonne bon effet du traitement sur la dystocie du col

N°	Age	Parité	Présentation Caractère de l'accouchement en début de travail	Dilatation au moment où l'on applique le traitement	Durée du travail jusqu'à dilatation complète	Durée de l'expulsion	M d'exp
81	27	I	O.I.D.T. hypertonie agitation	1 cm.	11 h 45		for souffra
82	26	I	O.I.G.P. P.D.E.R. bassin cox. tête défléchie asyncl. ant. agitation extrême	4 cm.	1 h. 20	25 min.	Spo
83	24	II	O.I.G.T.	6 cm.	45 min.	30 m.	Spo
84	18	I	O.I.D.T. tête défléchie	2 cm.	6 h. 15	occipito-sacré	force o.

t de l'enfant a naissance	Délivrance	Analgésie	Agitation	Conclusions
3 kg 100 rie aussitôt	R.A.S.	bonne	peu marquée	Mauvais cas médication faite trop tot. Bonne analgésie
2 kg 800 rie aussitôt	R.A.S.	bonne pousse depuis début au cours des c.u.		Analgésie bonne Bon cas
3 kg 500 rie aussitôt	R.A.S.	bonne	nulle	Bon cas mais médication faite un peu tard
3 kg 420 étonné norragie méningée	R.A.S.	moyenne	au cours des c.u.	Travail dystocique occipito-sacré analgésie moyenne

CONCLUSIONS

Depuis un an et demi, nous avons utilisé une méthode, techniquement simple, dans 84 accouchements que nous pouvons diviser en :

1° *32 cas eutociques* où l'accouchement a été accéléré, s'est déroulé sous une analgésie bonne ou excellente dans 84 % des cas. L'expulsion n'a été prolongée que dans un nombre limité d'accouchements (5). Nous n'avons noté aucune influence défavorable sur la mère, ni sur l'enfant.

Nous n'avons pas sélectionné les cas, puisque sur ces 32 accouchements, la moitié etait des primipares dont 8 présentations postérieures, et le quart des secondipares.

2° *52 cas dystociques* dans lesquels il faut distinguer :

— 49 Accouchements terminés par voies basses.

— 3 Accouchements terminés par césariennes.

Dans tous ces cas la dystocie était le plus souvent importante. Nous y trouvons pour plus de la moitié, des dystocies du col, et pour un quart, des hypertonies utérines. L'association des drogues a une action favorable, constante et rapide sur les œdèmes et les spasmes du col.

Nous avons obtenu dans plus de la moitié des cas (59 %), une analgésie excellente ou bonne.

Nous rappelons que sur l'ensemble des 49 accouchements dystociques nous relevons :

— 31 primipares dont 16 présentations postérieures.

Seule l'expulsion a pu paraître défavorablement influencée.

Dans les 5 cas d'expulsion prolongée, mais spontanée et les 5 cas où il a fallu terminer par une application de forceps, le plus souvent à la vulve avec le petit forceps de Pajot pour difficulté d'expulsion due à l'analgésie, il n'y a jamais eu de préjudice pour le fœtus, ni pour la mère.

Dans les autres cas il s'agissait toujours d'accouchement très dystocique Nous avons détaillé et précisé les conditions d'application.

En conclusion nous pouvons considérer que le bénéfice obtenu dans le sens de l'analgésie et de l'accélération de l'accouchement n'est pas compromis par ces cas d'expulsion prolongé. D'autant qu'en prenant les précautions énoncées dans le chapitre de l'expulsion, et sans doute en utilisant plus souvent en fin d'accouchement les ocytociques, nous pouvons remédier à ce léger défaut.

Il y a seulement 3 césariennes sur les 52 cas dystociques, nous en avons vu les indications : rappelons ici encore, le rôle de la triple médication dans la préparation à une bonne anesthésie.

Enfin, reste le problème de l'accouchement en présentation du siège.

Sur quatre sièges, deux ont évolué spontanément avec le même bénéfice qu'une présentation du sommet :

— Un s'est terminé par une grande extraction du siège. Rappelons que le fœtus était gros. L'atonie ne peut être mise sur le seul compte de l'analgésie.

— Un cas où l'on fit une césarienne, pour non engagement et souffrance fœtale.

Devant le nombre restreint de cas, étant donné que deux fois sur quatre, il s'agissait de siège franchement dystocique chez une primipare, nous ne pouvons donner une conclusion définitive. Le problème reste posé.

Terminons en précisant que les enfants sont peu influencés par la médication : ils crient aussitôt le plus souvent. Dans quelques cas, ils naissent assoupis, mais sans troubles respiratoires. Lobeline et Coramine amènent tres vite le cri de l'enfant.

Nous pouvons donc considérer qu'analgésie et dilatation accélérée, obtenues par les mélanges, sont sans préjudice pour l'enfant. Les expulsions prolongées ne sont pas en cause dans les cas de souffrance fœtale sauf, peut-être, dans un cas.

Cette méthode, quoique techniquement simple, ne doit être réalisée que dans des centres spécialisés.

L'ensemble de ces résultats nous engagent à persévérer dans cette voie, à y apporter encore un perfectionnement technique, nous voulons parler de la psycho-prophylaxie. Nous ne fûmes jamais si bien récompensés de nos efforts que lorsque ces femmes qui, pour certaines, pouvaient comparer avec un précédent accouchement, demandaient à être accouchées suivant cette méthode, lors d'une nouvelle gestation.

BIBLIOGRAPHIE

1 ALLAIN. — Contribution à l'étude de l'analgésie potentialisée au cours de l'accouchement. Thèse, Bordeaux, 1953.

2 BERTREUX. — L'analgésie-anesthésie obstétricale. Cahier d'anesthésiologie, Juin 1953, N° 3, pp. 42-57.

3 COURVOISIER S., FOURNEL J., DUCROT R., KOLSKY, KOETSCHET P. — Arch. Int. Pharmacodyn. 1953, XCII, N° 3-4, p. 305. Propriétés pharmacodynamiques du 45.60 RP.

4 EME A. — Les applications des travaux de Jaulmes et Laborit en obstétrique à propos des propriétés ganglioplégiques du 45.60 RP. Thèse, Paris, 1953.

5 GRASSET J. et GAUTHIER R. — Des médications combinées antispasmodiques et potentialisatrices en pratique obstétricale : tentative d'accouchement accéléré. S.H.P., N° 11, 14 Février 1953, p. 511.

6 GINGLINGER A. — Analgésie et anesthésie obstétricales. Strasbourg Médical, Mai 1953, T. 4, N° 5, pp. 297-302.

7 LABORIT H. — Sur l'emploi des ganglioplégiques en pathologie obstétricale, 2 Février 1952, T. 60, N° 7, p. 140.

8 LABORIT H. — L'anesthésiologie obstétricale. Maroc Médical, Novembre 1952, N° 330, pp. 934-940.

9 LACOMME, LABORIT H., LE LORIER G. et LE POMMIER M. — Note sur un essai d'analgésie obstétricale potentialisée par association de Dolosal et de 45.60 RP, en perfusion intraveineuse. Bulletin de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique, 1952, T. 4, N° 3 bis, pp. 558-562.

10 LACROIX A. — Analgésie obstétricale. Maroc Médical, Novembre 1952, N° 330, pp. 947-964.

11 LAMAZE H., VELLAY. — L'accouchement sans douleur par la méthode psycho-physique. Gazette Méd. de France, N° 23, 1952, p. 1.445.

12 E. LEVY-SOLAL, MORIN P., LAPRESLE. — Influence de certaines substances analgésiques (gangliopiégique) sur les potentiels d'action de l'utérus en travail. Minerva Gin, 15 Mai 1954.

13 MERGER et VOURCH. — L'anesthésie en obstétrique. S.H.P., 22 Février 1954, N° 14, pp. 815-21.

14 MAURIN J. — L'analgésie obstétricale. Revue du Praticien, 1954, T. 4, N° 6, p. 467.

15 RIGAL J. et MALLET. — Journal de Medecine de Bordeaux et du Sud-Ouest. Octobre 1954, N° 10, pp. 1.191-1.196.

16 ROUCHY et BREIL. — Accouchement dirigé, la perfufusion d'extrait post-hypophysaire associée ou non à d'autres médications. Société de Gynécologie et d'Obstétrique de l'Ouest, séance du 13 Décembre 1953.

17 H. SERMENT, G. ZOGRAPHOS et J. GAUJOUX. — Résultats obtenus par l'administration per os de comprimés de 45-60 RP et de 32-77 RP en début de travail. Bulletin de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique, T. 6, N° 4, séance du 18 Mai 1954, p. 512.

18 H. SERMENT, G. ZOGRAPHOS et J. GAUJOUX. — Administration à doses-filées par voie parentérale de 45-60 RP et 32-77 RP au cours de l'accouchement dirigé. Bulletin de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique, T. 6, N° 4, séance du 15 Juin 1954, p. 516.

19 J. SIGWALD et BOUTTIER. — 45-60 RP en pratique neuropsychiâtrique. Annales de Médecine, 1953, T. 54, N° 2, pp. 150-182.

20 TREVOUX R. — Etat actuel de l'analgésie et de l'anesthésie en obstétrique. Anesthésie et analgésie, Juin 1953, T. 10, N° 2, pp. 125-158 et N° 3, Sept. 1953, pp. 279-314.

Table des Matières

	Pages
Dédicaces	7
Introduction	15
Etudes des Moyens et Méthodes	17
Les Indications	20
Les Résultats	22
Les 32 Accouchements Eutociques	22
Tableau de l'Analgésie dans les Accouchements Eutociques	25
Les 52 Accouchements Dystociques	28
Tableau de l'Analgésie dans les Accouchements Dystociques	29
Tableau résumant l'Analgésie dans l'ensemble des observations	30
Influence sur l'enfant	34
Influence sur la Délivrance	35
Tableaux résumant les observations	36 à 55
Conclusions	56
Bibliographie	58
Serment d'Hippocrate	61

SERMENT d'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers Condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate.

Je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je soit couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque.